



Autorización Para Uso de Información de Registros Médicos Austin Regional Clinic

ARC MRN
ARC Location

Información del Paciente

Nombre del Paciente: Fecha de Nacimiento:
Dirección del Paciente: Teléfono de Casa:
Ciudad: Estado Código Postal: Teléfono del Trabajo:

Proporcionar Información a:

Por medio de la presente autorizo a Austin Regional Clinic (ARC) a otorgar mi registro de información médica a:

Enviar Copias a: Detener para Recoger: Discutir Información Médica con:

Nombre: Atención:
Dirección: Teléfono:
Ciudad: Estado Código Postal: Fax:
Razón de la Petición: Personal Continuarion del tratamiento (Segunda Opinión/ Especialista) Aseguranza Legal
Transferencia ( Razón) Otra

Favor de proporcionar la siguiente información: Notas

Favor de proporcionar un resumen de 2 años (Incluyendo 5 años de exámenes diagnósticos) Tarifa de copias: \$25.00 Max por archivo de 2 años
Otro: Especifique nombre del médico y fechas en notas. Se le cobrará una tarifa de copias por el Estatuto de Texas de: \$25.00 por las primeras 20 páginas;\$ .50 por página después de 20 páginas, más el importe de correo. (no excederá de \$15.00)

Autorización para Proporcionar Información Confidencial

\*Requerido----- Favor de indicar seleccionando cómo desea que ARC maneje su información confidencial

Proporcionar Registros? Marque cada uno

firme con su inicial cada línea

Yo SI NO DESEO Proporcionar mi Registro Médico Completo.
Yo SI NO DESEO Proporcionar información acerca de mi Tratamiento de Salud Mental.
Yo SI NO DESEO Proporcionar exámenes de \*VIH ó información relacionada.
Yo SI NO DESEO Proporcionar información acerca de \*Pruebas Genéticas.
Yo SI NO DESEO Proporcionar información acerca de \*Hepatitis C ó información relacionada.
Yo SI NO DESEO Proporcionar información sobre \*Abuso de Sustancias y/ó Alcohol.
Yo SI NO DESEO Proporcionar información acerca de
Yo SI NO DESEO Proporcionar información electronicamente. ARC reserva el derecho de proporcionar información electrónicamente para el tratameinto, pago ó procedimientos de atención médica a menos que sea requerido por la ley.



Favor de confirmar que haya marcado y firmado TODAS las categorías de información confidencial aún cuando las categorías no apliquen necesariamente a la información médica del paciente. Autorizo específicamente a ARC de proporcionar mi Información de Salud Protegida como se describe en esta forma a las personas que se indican anteriormente. Entiendo que una vez liberada mi información, está sujeta a ser divulgada nuevamente y ya no estará protegida por el estado ni por regulaciones federales de privacidad. Además entiendo que conservo el derecho de revocar esta autorización si se hace de acuerdo a los pasos anteriores.

Firma del Paciente

Fecha\*

Firma del Padre/Representante Legalmente Reconocido\*\*

Fecha\*\*

Testigo

Fecha

Conoce tus derechos de privacidad Referete al "AVISO DE PRIVACIDAD DE HIPAA"

\*Esta autorización es válida por 90 días (30 días para el tratamiento de abuso de alcohol/drogas) a menos que usted especifique de otra manera: Usted puede revocar ésta autorización en cualquier momento proporcionando una nota por escrito al Departameno de Información Médica, con excepción de que ARC ya haya realizado alguna acción previa a su petición.

\*\* Con mi firma, yo confirmo que soy el representante legal del paciente mencionado arriba y de acuerdo a lo siguiente:

La información proporcionada por ésta Autorización puede volverse a proporcionar por la institución que la recibió ó de un individuo a otros individuos ú organizaciones que no están sujetas a la ley de protección de privacidad. ARC no mandará ninguna condición a su tratamiento basado en el pago de esta autorización.

## Explicación de Tarifa por copiar sus Registros Médicos Austin Regional Clinic

Estimado paciente de Austin Regional Clinic:

HealthPort es la compañía que trabaja con Austin Regional Clinic para la divulgación de información de Registros Médicos. La tarifa de HealthPort sigue la misma del Estatuto del Estado de Texas.

**Si require de copias impresas, el costo es el siguiente:**

- Página 1-15: gratuito
- Página 16-20: \$1.00 por página
- Página 21 en adelante: \$0.50 por página
- Más el cargo de envío por correo (No excederá de \$15.00 dlls)

**Si desea recibir sus registros electrónicamente, el costo es el siguiente:**

- Primeras 500 páginas: no excede de \$25.00
- Más de 500 páginas: no excede de \$50.00

Austin Regional Clinic está congelando la tarifa en \$25.00 por un resumen de sus registros médicos de dos años, incluyendo cinco años de diagnósticos, independientemente del número de páginas.

Si usted requiere su registro completo, la tarifa que cobra HealthPort será calculada de acuerdo al Estatuto del Estado de Texas.

Por favor llene la forma adjunta de "Autorización para el uso de Información de Registros Médicos" completamente. Para un proceso más rápido, favor de enviar por correo, personalmente ó por medio de fax la forma completa a:

HealthPort- Release of Information  
6397 N IH 35, Ste 500  
Austin, Texas 78752  
Fax: 512-380-9833

Le enviaremos una factura después de los 5 días de recibido. El pago podrá ser remitido con Tarjeta de Crédito ó Cheque y puede ser enviado a el domicilio mencionado anteriormente ó vía telefónica.

HealthPort- Release of Information  
Teléfono: 770-810-8908

Su solicitud se llevará a cabo después de haber recibido el pago en cualquiera de los medios mencionados anteriormente. Si tiene alguna pregunta en cuanto al monto a pagar, por favor contacte HealthPort al teléfono 770-810-8908.

Gracias por confiar en Austin Regional Clinic.